



FORMULARIO DE INFORMACION DE DISTRITOS NUEVOS Y/O CAMBIO

Favor de llenar todos los datos ya que de lo contrario no será posible dar de alta el Distrito solicitado ni asegurar la entrega de correspondencia. Mandar esta forma por Fax o correo electrónico directorionacional@aamexico.org.mx - serviciosalacomunidad@aamexico.org.mx

Fecha de Solicitud ____ / ____ / ____

Territorio _____ Región _____

Área _____ Distrito _____

Nombre del Distrito _____

Fecha de Fundación: Día _____ Mes _____ Año _____

Domicilio _____ No. Ext _____ No. Int _____

Colonia _____ C.P. _____

Ciudad / Poblado / Ranchería _____

Municipio _____ Estado _____

Referencia (algo que haga fácil su ubicación) _____

¿Se fuma? (Indique con uno √) SI NO Teléfono _____

Idioma (Indique con uno √) Español Inglés Otro _____

Miembros Total _____

Total Grupos _____

Días de reunión	Lunes <input type="checkbox"/>	Martes <input type="checkbox"/>	Miércoles <input type="checkbox"/>	Jueves <input type="checkbox"/>	Viernes <input type="checkbox"/>	Sábado <input type="checkbox"/>	Domingo <input type="checkbox"/>
Hora de sesión							

M.C. o Suplente (opcional)

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____ Ciudad / Poblado _____

Estado / Provincia _____ Código Postal _____

Favor de facilitar el número de teléfono y la dirección del M.C. o contacto del Distrito, esto es sólo para referencias del Paso Doce y / o para solicitudes de información sobre el horario y el lugar de las reuniones.